

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

243

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Frank DUPRAT

Né le 20 décembre 1886, à Condom (Gers)

LA

PUBERTÉ TARDIVE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA FONCTION MENSTRUELLE, LA FÉCONDITÉ
ET LA PRÉCOCITÉ DE LA MÉNOPAUSE

Président : M. PAUL BAR, professeur.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1911

RECEIVED BY THE SECRETARY OF THE TREASURY

NOV 18 1894

THE SECRETARY OF THE TREASURY

NOV 18 1894

TO THE SECRETARY OF THE TREASURY

THE SECRETARY OF THE TREASURY

NOV 18 1894

THE SECRETARY OF THE TREASURY

NOV 18 1894

NOV 18 1894

NOV 18 1894

NOV 18 1894

NOV 18 1894

NOV 18 1894

243

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

— THÈSE —

N. —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Frank DUPRAT

Né le 20 décembre 1886, à Condom (Gers)

LA

PUBERTÉ TARDIVE

DANS SES RAPPORTS AVEC

LA FONCTION MENSTRUELLE, LA FÉCONDITÉ
ET LA PRÉCOCITÉ DE LA MÉNOPAUSE

Président : M. PAUL BAR, professeur.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	GILBERT.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE.
	PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	BETTERER
BROCA (ANDRÉ)	GUENIOT	LÖEPER	RICHAUD
BRUMPT.	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Témoignage
d'affectueuse reconnaissance.*

A LA MEILLEURE DES MÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Accoucheur de la clinique Tarnier

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales, nous avons l'agréable devoir d'apporter en tête de ces modestes pages, à nos maîtres dans les hôpitaux, le tribut de notre reconnaissance.

A celui qui fut notre premier maître dans les hôpitaux de Toulouse, à M. le professeur Mossé s'adresse notre premier souvenir. Il nous initia à la clinique, nous apprit le premier à aimer les malades, et à nous en faire aimer.

Nos remerciements s'adresseront ensuite à M. le professeur agrégé Cestan chez qui nous fîmes l'apprentissage de la chirurgie.

A MM. les D^{rs} Audry et Frenkel qui nous initièrent à la pratique de dermatologie et de l'ophtalmologie.

A M. le professeur Caubet dans le service duquel nous avons passé un temps si profitable.

A nos Maîtres dans les hôpitaux de Paris.

A la mémoire de M. le professeur Berger chez qui nous accomplîmes un stage de chirurgie.

A M. le D^r Siredey qui a bien voulu se souvenir du temps où nous suivions comme stagiaire son service

de l'hôpital Saint-Antoine. C'est chez lui que nous fîmes véritablement notre éducation médicale, et nous gardons de son enseignement l'utile et reconnaissant souvenir.

A M. le professeur Kirmisson, qui nous révéla la chirurgie, et dont les lumineuses leçons de clinique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades resteront comme un des meilleurs souvenirs de notre vie d'étudiant.

A M. le professeur agrégé Potocki qui nous initia à l'art délicat et complexe des accouchements.

Enfin à M. le professeur Paul Bar pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous apportons ici l'hommage de notre infinie gratitude.

LA PUBERTÉ TARDIVE

INTRODUCTION

Dans son enseignement oral, à la consultation de gynécologie de l'hôpital Saint-Antoine, notre Maître, M. le Dr A. Siredey a coutume de faire remarquer la faible activité génitale des femmes primitivement réglées tard.

Sur ses conseils, et d'après son inspiration, nous avons entrepris de suivre méthodiquement ces femmes tout au long de leur vie génitale. Considérer la puberté tardive dans ses rapports avec la fonction menstruelle, la fécondité et l'établissement de la ménopause, tel a été l'objet de notre étude.

La puberté comporte une immense littérature éparsée dans beaucoup de langues ; aussi serons-nous forcément incomplets dans l'exposé historique de la question, et dans celui de la bibliographie qui nous a guidé.

Nous devons déclarer tout d'abord que nous avons

trouvé très peu de documents chez les anciens gynécologues: *Récamier, Guéneau de Mussy, Martineau, Lawson Tait*, sont à peu près muets sur les retards apportés à l'établissement de la puberté. *De Sinéty* lui-même dans son traité très complet de gynécologie (Paris 1884) passant en revue les diverses affections génitales, accorde à peine une mention à la menstruation tardive (p. 664). Encore entend-il par là ce qui est plutôt une menstruation prolongée puisqu'il cite à ce sujet des observations de *Raciborski, Puech, Courty, Beigel*, sur la persistance de l'écoulement menstruel chez des femmes âgées de cinquante-six et cinquante-sept ans.

Les anciens paraissent s'être occupés plutôt de l'étude des malformations génitales, se bornant à constater l'insuffisance qui en résultait, sans parvenir à en éclaircir la pathogénie.

Nous trouvons cependant déjà dans *Raciborski* (*Traité de la menstruation*) cette idée de puissance génitale, ce qu'il appelle le « sens génital » de la femme « c'est-à-dire la vigueur plus ou moins grande que la nature déploie dans le développement des follicules de Graaf ».

Cette notion est évidemment un peu vague ; elle traduit cependant un fait d'observation courante et que nous verrons se préciser davantage au cours de cette étude : l'activité menstruelle toute différente de femmes jouissant d'une bonne santé générale, et d'une complexion physique à peu près semblable.

Virchow parle d'« hypoplasie » pour désigner les utérus insuffisants de ces femmes, terme qui correspond à

celui « d'utérus pubescents », donné par *Puech* aux utérus restés aux premières phases de l'évolution pubérale.

Aran décrit l' « asthénie » des organes génitaux chez certaines filles robustes, aux hanches larges, aux seins développés ; avec en un mot tous les caractères de la sexualité féminine, et chez qui cependant les ovaires et l'utérus ne semblent pas prêts pour la puberté.

Bouilly, étudie longuement les « retardataires » dont l'utérus demeure infantile et *Jayle* les considère comme des « dégénérées » par insuffisance ovarienne. (*In Revue de gynécologie*, 1901, n° 6.)

Nous arrivons par eux aux ouvrages de gynécologie moderne où se révèle de plus en plus le souci des explications rationnelles et scientifiques.

Gallard consacre une longue étude aux pubertés tardives ; il prétend du reste que pourvu que le retard ne dépasse pas 17 ou 18 ans, il n'en résulte rien à ajouter. Avec *M. Dalché* (*La puberté chez la femme*, Paris 1906) il nous paraît difficile d'accepter cette opinion, et la suite de ce travail nous en donnera les raisons.

MM. Doléris, Richelot, P. Dalché, Faure et A. Siredey, Mathieu, G. Sée, et la plupart des auteurs modernes qui ont étudié la puberté chez la femme s'appliquent à dépister véritablement les causes générales ou particulières qui impriment à l'économie toute entière cette déchéance dont le retard pubéral est quelquefois le premier effet sensible.

Nous aurons occasion de reparler à ce sujet des tra-

vaux de *Fournier* sur la syphilis héréditaire, de *Landouzy*, *Lasègue*, *Castan* et *Quénu* sur l'hérédotuberculose, de *Gilbert* sur l'influence retardante des cirrhoses, de *Richelot* et de *A. Siredey* sur le neuro-arthritisme, de *Mathieu* et de *G. Sée* sur le retentissement du rétrécissement mitral pur dans le retard apporté à la puberté.

Tout d'abord, et sans nous préoccuper de leur pathogénie, nous allons entreprendre une étude statistique et personnelle des menstruations tardives. Nous allons voir ce que devient au point de vue génital la femme chez qui la puberté sembla s'établir comme à regret. Sera-t-elle femme bien portante et mère féconde, ou bien amoindrie dans son activité génitale, aura-t-elle vraiment plus qu'une autre des droits à la sollicitude du médecin ? Telle est la première question à laquelle nous nous efforcerons de répondre.

Nous résumerons ensuite dans un chapitre spécial de physiologie pathologique les causes qui peuvent être invoquées pour expliquer la déchéance génitale que nous aurons constatée chez certaines femmes. Enfin, dans un dernier paragraphe nous en exposerons le pronostic, et nous établirons nos conclusions.

Qu'il nous soit permis de remercier ici notre maître M. le Dr A. Siredey qui nous donna l'idée première de ce travail et nous fit l'honneur de nous le confier ; nous le prions d'accepter avec nos remerciements l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

GÉNÉRALITES

L'échéance de la puberté, prélude de la maternité chez la femme, simple éveil chez l'homme d'une vie génitale qui comportera moins de charges, a chez celle-ci une importance beaucoup plus considérable.

Avec l'établissement de la première menstruation la femme est désormais en état de remplir son rôle physiologique. La façon dont son appareil génital aura été mis en marche n'est donc pas indifférente, car de son bon fonctionnement va dépendre en partie son existence future. *Tota mulier in utero* dit le vieil adage, et si le mot n'est pas d'un poète, il est à coup sûr d'un médecin avisé.

L'âge moyen de l'apparition des règles dans nos climats a été fixé par divers auteurs entre 14 et 16 ans.

Raciborski sur 236 femmes à la Charité de Paris,

trouve 14 ans, 46

Marc d'Espine sur 85 femmes à Paris,

trouve 14 ans, 11 mois

Aran sur 100 femmes à Paris et environs,

trouve 14 ans, 6 mois

Fachatte sur 100 femmes, maison de Nanterre,

trouve 14 ans

Marc d'Espines sur 25 femmes à Marseille,

trouve 14 ans

Marc d'Espines sur 43 femmes à Toulon,

trouve 14,081

Bouchacourt sur 160 femmes à Lyon

trouve 14,492

Donnart sur 200 femmes des départements du midi

trouve 14

M^{re} Francillon à qui nous empruntons ces détails trouve elle-même un âge moyen de 14 à 15 ans sur 424 femmes venues à la consultation de gynécologie de l'hôpital Saint-Antoine.

Nous-mêmes sommes arrivés aux mêmes résultats en ce qui concerne les femmes habitant Paris. Chez celles-ci la précocité est du reste plutôt la règle, peut-être sous l'influence du milieu, de l'éducation, des excitations sexuelles précoces dans la promiscuité des grandes villes. Il s'ensuit qu'il nous a paru que nous pouvions considérer comme réglée tardivement toute femme réglée après 16 ans révolus. C'est donc uniquement sur cette catégorie de femmes que nous faisons porter notre étude.

Nous examinerons successivement les femmes tardivement menstruées au triple point de vue :

1° De la fonction menstruelle qui indique l'éveil de la vie génitale.

2° De la fonction reproductrice qui en est la raison d'être.

3° De l'apparition de la ménopause qui indique la fin de l'activité génitale.

I. — FONCTION MENSTRUELLE

A l'époque de la puberté, de multiples transformations vont remanier pour la rendre femme l'insignifiante filleite d'hier. A cette époque se produisent des manifestations nombreuses, internes et externes, qui toutes s'organisent en vue d'une tâche commune : l'établissement de la vie génitale. Il est incontestable que, discrètement, mais d'une façon certaine, les fonctions les plus diverses, unies entre elles par d'étroites corrélations, se modifient à cette époque de manière à converger toutes vers un but commun : l'établissement de la fonction génitale.

La Nature semble avoir pris soin de nous indiquer ici encore par l'unité des moyens qu'elle emploie, l'unité du but qu'elle poursuit tout au long de l'échelle des êtres organisés. De tels phénomènes ne sont pas en effet particuliers à l'espèce humaine, et si la maturité sexuelle ne porte pas le nom de puberté chez les animaux, elle n'en est pas moins commune à tous les vertébrés. Mais, ainsi que le fait remarquer M^{lle} Francillon dans sa thèse, la femme occupe au point de vue génital une situation privilégiée, puisque alors que chez

les animaux la période d'activité génitale est limitée à certains mois de l'année, chez la femme elle est acquise d'une façon définitive et constante à partir d'un moment donné.

« A ce moment les organes génitaux deviennent plus volumineux et plus excitable. Les plis du vagin se multiplient. Le mont de Vénus se dessine ; il y croît des poils qui de courts d'abord et rares s'allongent et se frisent. Les grandes lèvres deviennent plus rouges et plus pleines. Les hanches s'arrondissent. La mamelle grossit, l'aréole prend une teinte rouge brun et le mamelon devient un peu saillant. Enfin survient la première menstruation avec les symptômes et les changements des idées qui l'accompagnent. » (Littre, *Dictionnaire de médecine*, article puberté.)

Là est véritablement le phénomène capital de la puberté, qui est à lui seul comme la consécration de l'état nouveau. La première menstruation constitue pour la jeune femme une révélation et un avertissement puisqu'elle est le prélude d'une nouvelle fonction pour quoi elle est faite : la reproduction de l'espèce.

La fonction menstruelle prépare la fonction reproductrice. Il n'est donc pas indifférent d'en étudier les caractères, et il sied de commencer par elle. Nous allons rechercher dans ce premier chapitre si cette première menstruation lorsqu'elle est tardive conserve véritablement, et dans quelles proportions, ses caractères de fonction physiologique, qui sont d'être régulière et non douloureuse. C'est donc par la recherche des caractères de la fonction menstruelle

tardivement établie que nous commençons notre étude.

A. — Etude statistique de la fonction menstruelle envisagée au point de vue de la régularité chez les femmes réglées tard.

Nos recherches ont porté sur plusieurs séries de femmes réglées successivement à 17, 18, 19 et 20 ans.

Ces femmes étant classées d'après l'âge d'apparition de leurs règles, nous avons fait chez elles les constatations suivantes :

Sur 170 femmes réglées à 17 ans :

Chez 105 les règles étaient régulières ;

Chez 65 — — irrégulières.

Sur 86 femmes réglées à 18 ans :

Chez 50 les règles étaient régulières ;

Chez 36 — — irrégulières,

Sur 45 femmes réglées à 19 ans :

Chez 10 les règles étaient régulières ;

Chez 35 — — irrégulières.

Sur 18 femmes réglées de 20 à 23 ans :

Chez 4 les règles étaient régulières ;

Chez 14 — — irrégulières.

Après pourcentage, nous avons le tableau suivant :

Chez les femmes réglées à 17 ans :

61,7 % ont eu des règles régulières ;

37,7 — — irrégulières.

Chez les femmes réglées à 18 ans :

58,1 % ont eu des règles régulières ;

41,8 — — — irrégulières.

Chez les femmes réglées à 19 ans :

22,2 % ont eu des règles régulières ;

75,5 — — — irrégulières.

Chez les femmes réglées de 20 à 23 ans :

22 % ont eu des règles régulières ;

77,7 — — — irrégulières.

DISCUSSION

Étant donné des séries de femmes réglées successivement à 17, 18, 19 et 20 ans, quel est comparativement à l'âge d'apparition des règles, la fréquence chez elles des menstruations irrégulières par rapport aux menstruations régulières.

1° Si l'on considère les femmes réglées à 17 ans, on trouve 61,7 % de femmes régulièrement réglées pour 37,7 qui le sont irrégulièrement. Le nombre des régulières l'emporte donc ici de beaucoup sur celui des irrégulières ;

2° Si l'on considère les femmes réglées à 18 ans, on trouve 58,1 % de femmes régulièrement réglées pour 41,8 qui le sont irrégulièrement. Déjà le nombre des régulières tend à diminuer. Celui des femmes irrégulièrement réglées augmente légèrement ;

3) Si nous considérons maintenant les femmes réglées à 19 ans, on trouve 22,2 % de femmes régulièrement réglées pour 75,5 % qui le sont irrégulièrement. Le nombre des régulières a diminué ici considérablement.

La proposition est renversée et le nombre des femmes irrégulièrement réglées a augmenté au point de devenir environ de 3 fois supérieur à celui représentant les femmes à menstruation régulière.

4) Enfin si nous considérons les femmes réglées de 20 à 23 ans, nous trouvons 22 % seulement de femmes régulièrement réglées pour 77, 7 % qui le sont irrégulièrement. Le nombre des femmes irrégulièrement réglées augmente donc dans cette série au point d'atteindre son maximum. Parallèlement, le nombre des femmes régulièrement réglées diminue, pour tomber au chiffre le plus bas qu'il ait atteint dans aucune autre des quatre séries.

S'il est permis de tirer de ces résultats quelques conclusions plus nettes, nous pouvons dire :

α) Que la femme réglée à 17 et 18 ans a environ deux chances d'être irrégulièrement réglée pour une de l'être régulièrement.

β) Réglée à 19 ans, elle a trois chances d'être irrégulièrement réglée pour une de l'être régulièrement.

γ) Réglée de 20 à 23 ans, elle a un peu plus de trois chances d'être irrégulièrement réglée pour une d'avoir une menstruation régulière.

Et par ordre de préférence viendraient ainsi, quant aux âges, en commençant par le plus favorable :

l'âge de 17 ans ;

l'âge de 18 ans ;

l'âge de 19 ans ;

et en dernier lieu l'âge de 20 ans.

**B. — Etude statistique de la fonction
menstruelle envisagée au point de vue de la douleur
chez les femmes réglées tard.**

Les femmes étant également classées d'après l'âge d'apparition de leurs règles, nous les avons pour cette étude partagées en deux groupes. Nous avons mis dans l'un les femmes réglées tard, régulièrement ; dans l'autre les femmes réglées tard, d'une façon irrégulière. Il nous a paru que nous pourrions tirer ainsi des déductions plus précises, et partant plus intéressantes.

Femmes à menstruation régulière

Sur 105 femmes réglées à 17 ans, régulièrement :

Chez 9 les règles étaient douloureuses ;

Chez 96 — — non douloureuses.

Sur 50 femmes réglées à 18 ans, régulièrement :

Chez 6 les règles étaient douloureuses ;

Chez 44 — — non douloureuses.

Sur 10 femmes réglées à 19 ans régulièrement :

Chez 7 les règles étaient douloureuses ;

Chez 3 — — non douloureuses.

Sur 13 femmes réglées de 20 à 23 ans régulièrement :

Chez 10 les règles étaient douloureuses ;

Chez 3 — — non douloureuses.

Après pourcentage, nous avons le tableau suivant :

Chez les femmes réglées à 17 ans régulièrement :

8,5 % ont eu des règles douloureuses ;

91,4 % — — non douloureuses.

Chez les femmes réglées à 18 ans régulièrement :

12 % ont eu des règles douloureuses ;

88 — — non douloureuses.

Chez les femmes réglées à 19 ans régulièrement :

70 % ont eu des règles douloureuses ;

30 — — non douloureuses.

Chez les femmes réglées de 20 à 23 ans régulièrement :

76,9 % ont eu des règles douloureuses ;

23 % — — non douloureuses.

DISCUSSION

Étant donné des séries de femmes réglées successivement à 17, 18, 19 et 20 ans régulièrement, quel est comparativement à l'âge d'apparition des règles, la fréquence chez elles des menstruations douloureuses par rapport aux menstruations non douloureuses.

1° Si l'on considère les femmes réglées à 17 ans, on trouve 8, 5 % de femmes douloureusement réglées pour 91,4 % qui le sont non douloureusement. Le nombre des femmes à menstruation douloureuse est de beaucoup le plus inférieur.

2° Si l'on considère les femmes réglées à 18 ans, on trouve 12 % de femmes douloureusement réglées pour 88 % qui le sont non douloureusement. La proportion est à peu près la même que ci-dessus ; mais déjà nous avons une légère augmentation des menstruations douloureuses.

3° Si nous considérons maintenant les femmes réglées à 19 ans, nous trouvons 70 % de femmes douloureusement réglées pour 30 % qui le sont non douloureusement. La proposition est maintenant renversée. Le nombre des femmes à menstruation douloureuse a augmenté au point de devenir de plus de deux fois supérieur à celui représentant les femmes à menstruation non douloureuse.

4° Enfin, si nous considérons les femmes réglées de 20 à 23 ans, nous trouvons 76,9 % de femmes douloureusement réglées pour 23 % qui le sont non douloureusement. Le nombre des femmes douloureusement réglées atteint son maximum. Parallèlement, le nombre des femmes douloureusement réglées diminue au point de tomber au chiffre le plus bas qu'il ait atteint dans aucune autre des quatre séries.

Ici encore, si nous voulons déduire de ces résultats quelques constatations, nous remarquons :

α) Que la femme réglée à 17 et 18 ans régulièrement a environ une chance seulement d'être douloureusement réglée pour dix de l'être non douloureusement.

β) Réglée à 19 ans régulièrement elle a un peu plus de deux chances d'être douloureusement réglée pour une de l'être non douloureusement ;

γ) Réglée de 20 à 23 ans régulièrement, elle a environ trois chances d'être douloureusement réglée pour une seulement de l'être non douloureusement.

Et les âges les plus favorables se trouvent être ainsi par ordre de préférence :

l'âge de 17 ans ;

l'âge de 18 ans ;

l'âge de 19 ans ;

et enfin, venant en dernier lieu, l'âge de 20 ans.

2^e Femmes à menstruation irrégulière.

Étant donné de nouvelles séries de femmes réglées successivement à 17, 18, 19 et 20 ans, irrégulièrement, quelle est, comparativement à l'âge d'apparition des règles, la proportion chez elles des femmes à menstruation douloureuse par rapport au nombre des femmes non douloureusement réglées.

Procédons comme précédemment. Nous avons observé que :

Sur 65 femmes réglées à 17 ans irrégulièrement,

Chez 46 les règles étaient douloureuses ;

Chez 19 — non douloureuses.

Sur 36 femmes réglées à 18 ans irrégulièrement,

Chez 26 les règles étaient douloureuses ;

Chez 10 — non douloureuses.

Sur 35 femmes réglées à 19 ans irrégulièrement,

Chez 26 les règles étaient douloureuses ;

Chez 9 — non douloureuses.

Sur 5 femmes réglées de 20 à 23 ans irrégulièrement,

Chez 4 les règles étaient douloureuses ;

Chez 1 — non douloureuses.

Et nous avons après pourcentage le tableau suivant :

Chez les femmes réglées à 17 ans irrégulièrement,

70,7 % ont eu des règles douloureuses ;

29,2 — — non douloureuses.

Chez les femmes réglées à 18 ans irrégulièrement,
71,2 % ont eu des règles douloureuses;

29,1 — — — non douloureuses.

Chez les femmes réglées à 19 ans irrégulièrement,
74,2 % ont eu des règles douloureuses ;

25,7 — — — non douloureuses.

Chez les femmes réglées de 20 à 23 ans irrégulièrement,

80 % ont eu des règles douloureuses ;

20 — — — non douloureuses.

DISCUSSION

1° Si l'on considère les femmes réglées à 17 ans irrégulièrement, nous trouvons 70,7 % de règles douloureuses pour 29,2 % de règles non douloureuses. Le nombre des femmes à menstruation douloureuse l'emporte donc déjà de beaucoup sur celui des femmes non douloureusement réglées ;

2° Si l'on considère les femmes réglées à 18 ans irrégulièrement, nous trouvons 71,2 % de règles douloureuses, pour 29,1 % de règles non douloureuses. La proportion est à peu près la même que ci-dessus. Mais le nombre de femmes douloureusement réglées, tend à augmenter légèrement ;

3° Si nous considérons maintenant les femmes réglées à 19 ans irrégulièrement, nous trouvons 74,2 % de règles douloureuses, et 25,7 % de règles non douloureuses. L'augmentation des menstruations douloureuses s'accuse encore. Parallèlement, la proportion des femmes

réglées non douloureusement diminue d'une façon constante ;

4° Enfin, si nous considérons les femmes réglées de 20 à 23 ans irrégulièrement, nous trouvons 80 % de femmes douloureusement réglées pour 20 % de réglées non douloureusement. Nouvelle progression. Le nombre des femmes à menstruation douloureuse augmente considérablement. Parallèlement, celui représentant les femmes non douloureusement réglées diminue au point d'atteindre le chiffre le plus bas qu'il ait atteint dans aucune autre des quatre séries.

Si, par suite, nous voulons tirer quelques conclusions, nous remarquons :

α) Que la femme réglée à 17 et 18 ans irrégulièrement a environ 2 chances d'être douloureusement réglée pour une de l'être non douloureusement ;

β) Réglée à 19 ans, elle a environ 3 chances d'être douloureusement réglée pour une de l'être non douloureusement ;

γ) Enfin, réglée de 20 à 23 ans, elle a 4 chances d'être douloureusement réglée pour une seulement de l'être non douloureusement.

Et si nous classons de même les âges par ordre de préférence, nous trouvons ici encore :

l'âge de 17 ans ;

l'âge de 18 ans ;

l'âge de 19 ans ;

et en dernier lieu l'âge de 20 ans.

En reprenant à un point de vue général l'ensemble des résultats obtenus dans cette étude de la fonction

menstruelle, et sans considérer ces remarques comme des lois, il apparaît que :

1° D'une façon générale, la fréquence est considérable chez les femmes réglées tard des menstruations irrégulières et douloureuses ;

2° Ces caractères d'irrégularité et de douleur sont proportionnels au retard apporté à l'apparition des premières règles.

Mais, au lieu que chez les femmes à menstruation régulière, la proportion des règles douloureuses ne devient surtout considérable qu'à partir de l'âge de 19 ans, chez les femmes à menstruation irrégulière, cette proportion est d'emblée très forte, dès l'âge de 17 ans, et elle suit à partir de cet âge une progression constante.

Stratz prétend que chaque femme fait pendant sa vie une courbe ascendante jusqu'à un point culminant qui est celui de son complet développement et de sa plus parfaite beauté. Ce point apparaîtrait d'autant plus tardivement que la première menstruation a été aussi plus tardive.

La nature a voulu peut-être réserver aux femmes réglées tard cet élément de consolante compensation. Il n'en est pas moins vrai que c'est encore chez elles que nous trouvons le plus de ces femmes qui justifient le mot d' « éternelles blessées » que leur a donné un poète (Michelet) compatissant. Leur menstruation demeure dans la plupart des cas douloureuse et troublée, et c'est chez elles que se trouvent le plus de ces malheureuses qui traînent chaque mois du lit à la chaise longue leur fatigue et leur ennui d'être femmes.

II. — FONCTION REPRODUCTRICE.

Les femmes arrivées tard à la puberté, si leur menstruation est si souvent pénible et douloureuse, comme nous venons de le voir, auront-elles du moins une compensation dans une aptitude plus grande à la maternité. Seront-elles mères fécondes, ou bien ici encore seront-elles frappées d'une sorte de déchéance. Nous allons maintenant étudier ce qu'elles deviennent au point de vue de la fonction reproductrice, fonction par quoi la femme en arrive à réaliser pleinement son rôle dans l'harmonie d'un complet développement.

Nous n'entrerons pas dans les détails des relations de la menstruation avec l'ovulation. Leurs rapports sont du reste imparfaitement connus, et nous sommes pratiquement obligés de considérer la menstruation, phénomène objectif, comme étant l'expression de l'autre, l'ovulation, phénomène plus intime et plus complexe. Des recherches récentes (Potocki et Branca. *L'œuf humain*, Paris, 1905) ont montré du reste que leur union quoique intime n'était pas indissoluble.

Quoi qu'il en soit, et de quelque façon qu'il se produise, nous aurons en vue simplement le fait matériel

de la fécondation chez les femmes réglées tard.

Malheureusement il nous manque ici un élément d'appréciation qui est la connaissance de la faculté procréatrice du mari pour bien juger des résultats d'un acte où la femme ne fut évidemment que complice. Mais cela nous entraînerait trop loin et la recherche en serait par trop malaisée ; aussi en sommes-nous réduits dans notre étude à considérer comme une exception les cas de stérilité masculine, et à les tenir pour quantité négligeable.

De même, la fraude, conjugale ou para-conjugale, ne saurait nous retenir : elle ne peut que rester dans les coulisses de la statistique comme elle reste dans la coulisse des ménages.

Il est un autre élément dont il est difficile de ne pas tenir compte quand on étudie l'activité reproductrice de la femme : c'est la fausse couche. Devons-nous considérer uniquement la grossesse avec enfant né à terme et viable comme preuve de l'aptitude de la femme à la maternité. Il ne nous a pas paru qu'il en fût ainsi, étant donné surtout la fréquence formidable et toujours croissante des avortements volontaires. Faire état des seules grossesses à terme pour mesurer ce que l'on pourrait appeler la faculté d'imprégnation de la femme nous a paru insuffisant.

C'est ainsi que nous ferons entrer en ligne de compte en face des grossesses menées à bien, les fausses couches sans en rechercher la cause, recherche du reste illusoire dans la plupart des cas. Nous aurons ainsi la proportion des femmes stériles vis-à-vis de celles qui

ont été fécondées. Que la femme ait avorté dans la suite pour des raisons d'ordre social ou psychologique, ou par le fait d'un mari trop ardent, ou trop souvent hélas, par le fait d'une syphilis ancienne ou acquise, cela nous intéresse moins ; elle n'en a pas moins démontré son aptitude à la maternité.

C'est ainsi que nous considérerons toute femme réglée après 16 ans révolus, en état de par sa situation d'avoir ou d'avoir eu des enfants. Nous établirons chez ces femmes la proportion des stériles aux femmes fécondes. Nous verrons ainsi d'après les résultats obtenus au point de vue de la fréquence des grossesses l'influence de la menstruation tardive sur cette autre modalité de l'activité génitale qu'est la fonction de reproduction. Ce sera l'objet de notre premier paragraphe.

Il y aura intérêt à rechercher ensuite dans un second paragraphe l'âge d'apparition de la première grossesse chez ces mêmes femmes. Nous verrons ainsi si, chez elles, cette première grossesse est précoce, ou si, au contraire, lentes aussi à concevoir, ces femmes tardivement réglées, tardivement fécondées, supportent ici encore les conséquences de leur mauvais éveil à la vie génitale.

A. — Etude statistique de la fonction reproductrice envisagée au point de vue de la fréquence des grossesses chez les femmes réglées tard.

Afin d'en faire une étude aussi complète que possible, nous rechercherons d'abord en bloc dans un même

groupe la proportion des femmes stériles aux femmes simplement fécondées. Reprenant ensuite ces dernières plus en détail nous établirons parmi elles la proportion des seules primipares à celles qui furent fécondées plusieurs fois.

1° Fécondées et stériles

Sur 157 femmes réglées à 17 ans :

45 furent stériles ;

112 — fécondées.

Sur 78 femmes réglées à 18 ans :

23 furent stériles ;

55 — fécondées.

Sur 40 femmes réglées à 19 ans :

25 furent stériles ;

15 — fécondées.

Sur 13 femmes réglées de 20 à 23 ans :

8 furent stériles ;

5 — fécondées,

et nous avons, après pourcentage, le tableau suivant :

Chez les femmes réglées à 17 ans :

28,6 % furent stériles ;

71,3 — fécondées.

Chez les femmes réglées à 18 ans :

29,4 % furent stériles ;

70,6 — fécondées.

Chez les femmes réglées à 19 ans :

64,5 % furent stériles ;

35,4 — furent fécondées.

Chez les femmes réglées de 20 à 23 ans :

61,5 % furent stériles ;

38,4 — fécondées.

DISCUSSION

Étant donné ici encore des séries de femmes réglées successivement à 17, 18, 19 et 20 ans, quelle est comparativement à l'âge d'apparition des règles la fréquence chez elles des femmes stériles par rapport au nombre des femmes fécondées.

1° Si l'on considère les femmes réglées à 17 ans, on trouve 18,6 % de femmes stériles pour 71,3 % de femmes qui ont été fécondées. Le nombre de ces dernières est donc de beaucoup supérieur à celui des femmes stériles ;

2° Si l'on considère les femmes réglées à 18 ans, on trouve 29,4 % de femmes stériles pour 70,6 % de femmes fécondées. La proportion reste donc à peu près la même que ci-dessus ;

3° Si nous considérons maintenant les femmes réglées à 19 ans, nous trouvons 64,5 % de femmes stériles pour 35,4 % de femmes fécondées. La proposition se trouve renversée. Le nombre des femmes stériles a augmenté au point de devenir deux fois supérieur à celui qui représente le nombre des femmes fécondées ;

4° Enfin si nous considérons les femmes réglées de 20 à 23 ans, nous trouvons 61,5 % de femmes stériles pour 38,4 % de fécondées. La proportion reste à peu

près la même, et les femmes stériles sont ici encore de beaucoup les plus nombreuses :

Nous remarquons ainsi :

α) que la femme réglée à 17 ans a une chance de rester stérile contre 3 environ d'être fécondée ;

β) De même pour la femme réglée à 18 ans ;

γ) Réglée à 19 ans elle a une chance de rester stérile pour 2 à peine d'être fécondée ;

δ) Réglée à 20 ans il en est à peu près de même pour elle.

Et si nous rangeons ici aussi les âges comme nous avons fait pour l'étude de la fonction menstruelle, en commençant par les plus favorables, nous avons :

L'âge de 17 ans ;

L'âge de 18 ans ;

L'âge de 20 ans ;

L'âge de 19 ans étant celui où la femme a le plus de chances de demeurer stérile.

2° *Primipares et multipares*

Parmi les femmes du groupe précédent qui ont été fécondées, nous pouvons considérer des primipares et des multipares. Quelle est alors comparativement à l'âge d'apparition des règles la proportion chez elles des femmes primipares par rapport au nombre des femmes qui furent fécondées plusieurs fois ? C'est ce que nous allons étudier de la même façon.

Sur 112 femmes réglées à 17 ans et fécondées :

57 furent primipares ;

55 furent multipares.

Sur 55 femmes réglées à 18 ans et fécondées :

32 furent primipares ;

23 — multipares.

Sur 15 femmes réglées à 19 ans et fécondées :

12 furent primipares ;

3 — multipares.

Sur 5 femmes réglées de 20 à 23 ans et fécondées :

5 furent primipares ;

0 — multipares.

et, après pourcentage :

Chez les femmes réglées à 17 ans et fécondées :

50,8 % furent primipares ;

49,1 — multipares.

Chez les femmes réglées à 18 ans et fécondées :

58,1 % furent primipares ;

41,8 — multipares.

Chez les femmes réglées à 19 ans et fécondées :

80 % furent primipares ;

20 — multipares.

Chez les femmes réglées de 20 à 23 ans et fécondées :

100 % furent primipares ;

0 — multipares.

DISCUSSION

1° Si l'on considère les femmes réglées à 17 ans, on trouve 50,8 % de primipares pour 49,1 de multipares. La proportion est donc à peu près égale de l'un et de

l'autre groupe avec une légère avance en faveur des primipares ;

2° Si l'on considère les femmes réglées à 18 ans, on trouve 58,1 % de primipares pour 41,8 de multipares. Ici déjà le nombre des multipares diminue. Celui des femmes qui n'ont été fécondées qu'une fois augmente légèrement ;

3° Si nous considérons maintenant les femmes réglées à 19 ans nous trouvons 80 % de primipares pour 20 % seulement de multipares. Le nombre des seules primipares a augmenté d'une façon considérable au point de devenir de 4 fois supérieur à celui des multipares ;

4° Enfin si nous considérons les femmes réglées à 20 ans et au-dessus, nous trouvons 100 % de primipares, les groupes des multipares n'est pas représenté.

Si par suite nous voulons de ces résultats déduire quelques constatations nous voyons :

α) Que la femme réglée à 17 ans a des chances à peu près égale de rester primipare ou d'avoir plusieurs enfants ;

β) Il en est de même pour la femme réglée à 18 ans ;

γ) Réglée à 19 ans la femme a une chance seulement d'avoir plusieurs enfants pour 4 de rester primipare ;

δ) Réglée de 20 à 23 ans elle n'a pas, ou elle a infiniment peu de chances d'être fécondée plus d'une fois.

Et en rangeant de même les âges d'après l'ordre le plus favorable, nous avons parallèlement à l'âge d'apparition des règles :

L'âge de 17 ans ;

L'âge de 18 ans ;

L'âge de 19 ans ;

L'âge de 20 ans.

Reprenons à un point de vue général l'ensemble des résultats obtenus en ce qui concerne la fréquence des grossesses chez les femmes réglées tard. Nous en arrivons aux constatations suivantes :

1° D'une façon générale les femmes tardivement menstruées sont peu fécondes. Nous ferons remarquer du reste que parmi toutes les tardives, multipares, qu'il nous a été donné d'étudier nous avons trouvé une proportion de 19 % seulement de femmes ayant eu plus de 3 enfants. Toutes les autres ont eu 3 ou moins de 3 enfants.

2° En ce qui concerne la reproduction, l'âge de 19 ans apparaît comme particulièrement néfaste quant à l'établissement des premières règles, puisque c'est chez les femmes réglées à cet âge que nous rencontrons le plus de stériles.

3° Chez celles qui sont fécondées, le nombre des grossesses diminue en raison directe du retard apporté à l'établissement de la première menstruation. C'est ainsi qu'il en arrive à son chiffre le plus bas chez les femmes réglées seulement à 20 ans et au-dessus.

B. — Etude statistique de la fonction reproductrice envisagée au point de vue de l'âge d'apparition de la première grossesse chez les femmes réglées tard.

Nous allons établir maintenant quel est, comparativement à l'âge d'apparition des règles, l'intervalle qui

sépare chez les femmes réglées tard, les premiers rapports de l'apparition de la première grossesse. Nous y arriverons par le même raisonnement que précédemment, et après exposition des résultats obtenus dans le classement de nos observations.

Ces résultats sont les suivants :

Sur 108 femmes réglées à 17 ans, l'intervalle entre les premiers rapports et la première grossesse,

Chez 25 a été de 1 an ;

Chez 24 — 2 ans ;

Chez 13 — 3 ans ;

Chez 46 — 4 ans et au-dessus.

Sur 75 femmes réglées à 18 ans, l'intervalle entre les premiers rapports et la première grossesse,

Chez 13 a été de 1 an ;

Chez 18 — 2 ans ;

Chez 11 — 3 ans ;

Chez 23 — 4 ans et au-dessus.

Sur 44 femmes réglées à 19 ans l'intervalle entre les premiers rapports et la première grossesse,

Chez 1 a été de 1 an ;

Chez 3 — 2 ans ;

Chez 14 — 3 ans ;

Chez 26 — 4 ans et au-dessus.

Sur 12 femmes réglées de 20 à 23 ans l'intervalle entre les premiers rapports et la première grossesse,

Chez 0 a été de 1 an ;

Chez 1 — 2 ans ;

Chez 3 — 3 ans ;

Chez 8 a été de 4 ans et au-dessus,
et nous avons après pourcentage,

Chez les femmes réglées à 17 ans :

23,1 % ayant eu un intervalle de 1 an ;

22,2 — 2 ans ;

12 — 3 ans ;

42,5 — 4 ans et au-dessus.

Chez les femmes réglées à 18 ans :

17,4 % ayant eu un intervalle de 1 an ;

24 — 2 ans ;

14,4 — 3 ans ;

44 — 4 ans et au-dessus.

Chez les femmes réglées à 19 ans :

2,2 % ayant eu un intervalle de 1 an ;

6,7 — 2 ans ;

31,8 — 3 ans ;

59 — 4 ans et au-dessus.

Chez les femmes réglées de 20 à 23 ans :

0 % ayant eu un intervalle de 1 an ;

8,3 — 2 ans ;

25 — 3 ans ;

66,6 — 4 ans et au-dessus.

DISCUSSION

Examinons successivement les femmes dans chacune des quatre séries précédentes, et tâchons de voir quelle est, comparativement à l'âge d'apparition des règles, l'importance chez elles du retard apporté à la première fécondation.

Pour faciliter l'argumentation, nous poserons en principe qu'un intervalle d'un an et de deux ans après les premiers rapports, — sans préjudice des autres, bien entendu, — constitue une fécondation précoce, et que supérieur à deux ans, en la circonstance trois ans, quatre ans et au-dessus il constitue une fécondation tardive.

1° Si l'on considère donc les femmes réglées à 17 ans, nous en voyons un chiffre à peu près égal qui sont fécondées dans un intervalle de un ou deux ans après les premiers rapports, soit d'une façon précoce; ces chiffres sont de 22 et 23 %. Par contre déjà le chiffre total représentant le groupe des retardataires est supérieur à celui des femmes du premier groupe qui représente les précoces. Le nombre des femmes fécondées après un intervalle de trois ans arrive en effet dans ce groupe avec 12 % et quant à celui des femmes ayant eu un intervalle de quatre ans et au-dessus, il est à lui seul à peu près égal à la moitié du nombre total des femmes réglées à 17 ans et fécondées;

2° Si l'on considère les femmes réglées à 18 ans, on trouve une proportion sensiblement identique. Mais déjà s'accuse la proportion des femmes tardivement fécondées, 24 % ayant eu un intervalle de trois ans, 44 % ayant eu un intervalle supérieur ou égal à quatre ans. Parallèlement nous voyons diminuer le nombre de celles qui conçoivent d'une façon précoce, 17 et 24 %. Le chiffre total des retardataires tend à dépasser de plus en plus la moitié du chiffre global.

3° Si nous considérons maintenant les femmes réglées à 19 ans, nous voyons baisser considérablement le nom-

bre de femmes de la première catégorie : un et deux ans, 2,2 % seulement conçoivent dans un intervalle d'un an, 6,7 % dans un intervalle de deux ans. Par contre le chiffre de celles de la deuxième catégorie augmente. Il passe à 31,8 % pour celles ayant eu un intervalle de trois ans et atteint 59 % pour celles ayant eu un intervalle supérieur ou égal à quatre ans. Le chiffre des retardataires a donc dépassé de beaucoup celui des précoces, et à lui seul le nombre représentant les femmes ayant eu un intervalle de quatre ans et au-dessus entre les premiers rapports et la première grossesse, représente plus de la moitié du chiffre global ;

4° Si nous considérons enfin les femmes réglées à 20 ans, et au-dessus, nous voyons les femmes de la première catégorie à peine représentées ; aucune des nôtres n'a été fécondée dans un intervalle d'un an, 8,3 % seulement l'ont été dans un intervalle de deux ans. Par contre 25 % ont été fécondées après trois ans et nous voyons passer à 66,6 % le chiffre de celles qui furent fécondées seulement après un intervalle supérieur ou égal à quatre ans. Le nombre de ces dernières représente à lui seul les deux tiers du chiffre global, proportion la plus forte qu'il ait atteinte dans aucune autre des quatre séries.

Reprenons ces résultats à un point de vue plus général afin d'en dégager quelques conclusions d'ensemble, au sujet du fait qui faisait l'objet de notre étude dans ce deuxième paragraphe, à savoir : l'intervalle qui sépare, comparativement à l'âge d'apparition des règles chez les femmes réglées tard les premiers rapports de

l'apparition de la première grossesse. Nous arrivons aux constatations suivantes :

1° Les femmes tardivement réglées sont d'une façon générale tardivement fécondées. C'est parmi elles qu'on trouvera le plus des « primipares âgées » dont parle le professeur Pinard ;

2° Elles sont fécondées d'autant plus tardivement qu'elles ont eu une première menstruation plus tardive. Le retard apporté à la première fécondation est ici encore en raison directe du retard apporté à l'établissement de la première menstruation.

Ainsi non seulement les femmes réglées tard sont peu fécondes, mais encore lorsqu'il leur est donné d'être fécondées, elle le sont le plus souvent tard. Nous trouvons la même idée émise et les mêmes résultats exposés dans le travail du Dr Chapotin (Thèse, Paris, 1905). Or, nous n'ignorons pas que cette constatation est grosse de conséquences. D'être une primipare âgée, cela n'est indifférent ni pour la mère, ni pour l'enfant qu'elle porte. Les recherches de Varnier et de Dubé ont montré en effet la fréquence chez ces femmes des applications de forceps pour dystocie maternelle due surtout à la résistance périnéale, et l'on sait que de telles interventions ne sont jamais anodines.

C'est que, ainsi que le disait Dionis au xviii^e siècle, la peau des vieilles brebis est moins souple que celles des jeunes brebis. Tardivement réglées, tardivement fécondées, les femmes dont la première menstruation a été longue à s'établir, rappellent trop souvent au cours de leur vie génitale les vieilles brebis de Dionis.

III. — MÉNOPAUSE

Physiologiquement, la ménopause est la cessation normale et définitive des règles, la fin de l'époque pendant laquelle est possible la reproduction de l'espèce. Anatomiquement elle se caractérise par un certain degré d'atrophie des organes génitaux internes et externes, inverse du développement fonctionnel qu'ils présentent quand la puberté s'établit.

Sans nous arrêter plus longtemps aux phénomènes qu'il est coutume d'observer à cette époque de la vie, appelée du reste sans raison l'âge critique, nous en arriverons au point qui nous intéresse : c'est de savoir si chez les femmes tardivement réglées l'apparition précoce de la ménopause n'est pas en rapport avec cette première menstruation tardive.

Nous admettons avec M^{me} Darcagne-Mouroux que l'on peut considérer comme prématurée la ménopause qui survient avant la quarantième année, l'âge moyen étant fixé par la plupart des auteurs à 45 ans environ.

Comme pour l'apparition des règles, nous éliminerons les cas de malformation congénitale, d'affections chroniques graves, de névroses, et de lésions acciden-

telles ou opératoires ayant pu provoquer prématurément la ménopause. Et nous rechercherons parmi les cas de ménopause précoce ceux paraissant imputables uniquement à une insuffisance génitale d'origine ovarienne.

Les auteurs français tels que Brierre de Boismont et M. Barié considèrent comme une rareté les cas de ménopause précoce. Les cas de ce genre sont cependant moins rares que ne le disent ces auteurs. Un auteur américain, miss Walter, en a cité de nombreuses observations. Nous devons à notre maître, M. le D^r A. Siredey, quelques belles observations, et en particulier la communication faite à la séance du 14 novembre 1903 de la Société d'obstétrique et de gynécologie. M. le professeur Hartmann communiqua lui-même un cas de ménopause anticipée à la séance du 11 janvier 1904 de la même Société. Nous-mêmes avons pu recueillir à l'hôpital Saint-Antoine quelques observations remarquables de ménopause précoce. Dans la grande majorité des cas ces femmes avaient été réglées tard.

C'est par l'exposé de ceux de ces faits cliniques les plus intéressants que nous commencerons, avant d'aborder les discussions auxquelles peut donner lieu cette apparition précoce de la ménopause considérée dans ses rapports avec une apparition tardive des premières règles.

OBSERVATIONS

Observation I

Présentée par M. le Dr A. SIREDEY à la séance du 14 décembre 1903 de la *Société d'obstétrique de gynécologie et de pédiatrie*.

X..., âgée de 35 ans, se présente à ma consultation en juillet 1900. Femme robuste, de tempérament arthritique, un peu obèse, au visage coloré.

Réglée à 17 ans régulièrement, sans accidents. Mariée à 22 ans. Jamais de grossesse. Aucune maladie de l'appareil génital. Très régulière et normale jusqu'à 32 ans, la menstruation devient un peu plus irrégulière ; les époques retardent et sont moins abondantes. Elles disparaissent complètement à 33 ans et ne sont pas revenues.

Troubles très modérés depuis cette époque ; sensations de vertige et surtout bouffées de chaleur ; quelques palpitations sans modification des bruits du cœur à l'auscultation, aucun trouble de la santé générale.

A l'examen on constate une atrophie marquée du col, le corps utérin est lui-même diminué de volume.

Aucune lésion appréciable des annexes.

Observation II

Présenté par M. le D^r A. SIREDEY à la même séance de la *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, du 14 décembre 1903.

D..., femme robuste et bien portante de 22 ans. Réglée à 18 ans, elle s'est mariée à 20 ans, quelques jours après ses règles. Elle est devenue enceinte immédiatement et elle est accouchée à terme d'un enfant bien portant. Elle l'a nourri deux mois, puis elle est venue se placer à Paris comme nourrice et elle a allaité pendant quatorze mois un enfant de belle venue, aujourd'hui bien portant.

Quoiqu'elle n'ait pas été sérieusement fatiguée par ces seize mois de lactation, ses règles n'ont jamais reparu. On lui donna divers toniques : vins, préparations phosphatées et ferrugineuses, le tout sans aucun résultat.

A l'examen (1900) on constate un col petit, effacé, et un corps utérin d'un volume au-dessous de la normale. Cette femme est malgré tout bien portante : elle se plaint de quelques bouffées de chaleur à la face, de vertiges peu fréquents. Elle est surtout préoccupée de l'absence de ses règles et craint d'en éprouver de graves inconvénients.

On lui donne des douches et des cachets d'ovarine de 20 centigrammes (3 cachets par jour). Ce traitement prolongé pendant trois mois avec de courtes interruptions n'a pas provoqué le retour de la menstruation, mais les malaises d'ailleurs très légers accusés par cette femme ont disparu.

L'examen local fut renouvelé à la fin de 1900 puis en 1901. Il montra que le col et le corps utérins continuaient à s'atrophier.

Observation III

Citée dans sa thèse par M^{me} DARCANNE-MOUROUX, Paris, 1904,
communiquée par M. le Dr A. SIREDEY.

D..., fleuriste en perles, âgée de 31 ans, vient à la consultation de gynécologie de l'hôpital Saint-Antoine le 26 juillet 1904. La malade consulte pour une absence de règles datant de six mois.

Antécédents héréditaires. — Sa mère âgée de 56 ans, a eu ses premières règles à 18 ans, toujours bien réglée, sauf depuis deux ans. Depuis cette époque, règles irrégulières. Sa sœur réglée à 15 ans est réglée régulièrement.

Antécédents personnels. — D..., a été réglée à 17 ans, règles irrégulières.

Elle a eu une fausse couche et 4 enfants. Elle les a nourris tous les quatre. Le premier allaité par sa mère pendant sept semaines est mort de méningite. Le second a été allaité jusqu'à 13 mois ; la mère a dû le sevrer parce qu'elle était enceinte. Cet enfant vit. Le troisième a été nourri au sein maternel jusqu'à 20 mois. Il est mort de tuberculose à 2 ans 1/2. Le quatrième a été nourri jusqu'à 17 mois ; il vit.

D... a été réglée pour la dernière fois le 3 janvier 1904. Trois mois après la dernière menstruation elle a beaucoup souffert de l'estomac et de douleurs lombaires. En même temps son ventre augmentait légèrement de volume.

Pas de troubles cardiaques. Très rarement, après une colère ou un effort violent, la malade dit avoir des palpitations d'une durée de deux à trois minutes. Pas de bouffées de chaleur.

Depuis sept ou huit ans elle a des pertes blanches, jaunes et marrons, qui tachent fortement son linge.

A l'examen on trouve un utérus petit qui semble en voie d'atrophie, profondeur de 6 cm. 5. Utérus très probablement de ménopause précoce.

Observation IV

Citée par M^{me} DARGANNE-MOUROUX.

C. R..., 27 ans, blanchisseuse.

A été réglée à 17 ans ; règles irrégulières, peu douloureuses, durée trois ou quatre jours.

Première grossesse à 21 ans, fait une fausse couche de cinq mois. Suites de couches normales.

Elle consulte, le 30 mars 1903, parce que depuis la fin de décembre 1902 elle n'a plus ses règles. Elle vomit, souffre de l'estomac et se croit enceinte. Très constipée, elle se plaint aussi de céphalée.

A l'examen on trouve un utérus petit ; col atrophié, pointu.

Observation V

Recueillie par M^{me} DARGANNE-MOUROUX.

V..., 51 ans, domestique.

Antécédents personnels. — Cette femme originaire de l'Auvergne a été nourrie au sein par sa mère, alors âgée de 44 ans, qui l'allaita pendant vingt mois. Elle ignore à quel âge elle a marché, mais se rappelle qu'elle était chétive. A 20 mois elle n'avait que 2 dents.

Elle eut une rougeole bénigne à 5 ans ; une fièvre typhoïde grave à 8 ans, elle resta couchée deux mois. C'était une

forme à prédominance intestinale, l'enfant resta anémique pendant deux ans. La diarrhée persistait, intermittente. La malade ne mangeait guère, avait peine à marcher, se fatiguait vite.

Réglée à 17 ans. Au moment de la formation elle éprouvait de la somnolence à chaque époque. Les règles n'étaient pas douloureuses, mais irrégulières, très peu abondantes, elles duraient deux jours. Le flux menstruel était si minime que sa chemise était à peine tachée. Les règles disparaissaient pendant deux ou trois mois en été par les chaleurs, surtout si elle travaillait au soleil dans les champs.

A chaque époque quelques manifestations nerveuses; changement de caractère; colère facile.

La santé générale était excellente. Mariée à 27 ans, elle accoucha à 28 ans et eut son retour de couches deux mois plus tard. Elle perdit très peu. Elle allaita onze mois et pendant ce temps n'eut pas ses règles. Les règles revinrent un mois après le sevrage et furent depuis lors régulières, tous les vingt-huit jours, mais peu abondantes.

Deuxième grossesse à 33 ans; pendant cette grossesse elle eut des vomissements presque incoercibles. L'enfant naquit chétif. Elle le nourrit neuf mois. La sécrétion lactée se tarit soudain et les règles revinrent régulières.

A 36 ans cette femme apprit brusquement par télégramme la mort de son mari; elle avait ses règles depuis quelques heures. Les règles s'arrêtèrent et ne revinrent jamais.

Elle éprouva bientôt des lassitudes, des étourdissements, quelques troubles de la vue, des bouffées de chaleur, de l'anorexie. Elle se sentait, dit-elle, comme une femme enceinte. Ces troubles nerveux durèrent deux ans mais ne furent

jamais assez prononcés pour entraver ses occupations.

Actuellement, elle a 51 ans et paraît avoir une soixantaine d'années. Elle jouit d'une excellente santé. Ni tuberculose, ni lésion cardiaque. Urines normales.

A l'examen on trouve un utérus sénile.

Ses deux filles ont été réglées à 10 ans 1/2 et 13 ans, elles ont des règles normales.

Observation VI

Citée par M^{me} DARCANNE-MOUROUX.

Vierge. Actuellement âgée de 72 ans. Régée à 18 ans 1/2. Très irrégulièrement ; elle restait parfois six semaines sans être réglée. Règles très peu abondantes, quelques gouttes de sang à chaque époque, durée : deux jours. N'a jamais voulu se marier. Ses règles ont cessé vers 31 ans, diminution progressive, puis disparition, sans phénomènes nerveux accusés.

Actuellement a 72 ans. Consulte pour des douleurs d'estomac. A joui d'une bonne santé, mais présente des lésions aux jointures de rhumatisme noueux, ankylosant.

Observation VII

Due à la bienveillance de M. le D^r A. SIREDEY.

J. D..., 38 ans. Vient à la consultation de gynécologie de l'hôpital Saint-Antoine parce qu'elle souffre du ventre.

Sa mère a été réglée à 16 ans. Elle a eu 10 enfants. La ménopause est survenue à 55 ans.

J. D... a eu 3 sœurs, l'une réglée pour la première fois à

20 ans : n'a jamais eu d'enfants. La seconde réglée à 14 ans. a eu un enfant, est morte à 28 ans. La troisième réglée à 13 ans n'a pas eu d'enfants.

J. D... a été réglée à 18 ans. Ses règles ne sont venues pour la seconde fois qu'au bout de six mois. Elles n'ont jamais été régulières. Leur durée était d'environ trois jours. Mariée à 20 ans. A 26 elle se croit enceinte. Son ventre augmente de volume, puis diminue progressivement.

A ce moment suppression des règles. Pendant dix-huit mois elle se fait traiter par l'électricité. Les règles réapparaissent une fois puis cessent de nouveau, et ne sont jamais revenues depuis dix ans. La malade a aujourd'hui 36 ans.

Depuis trois ou quatre ans elle souffre dans l'aîne gauche et la cuisse gauche ; c'est pour cela qu'elle vient consulter.

Toucher et examen au spéculum. Tout petit col de ménopause. Il existe de l'annexite gauche.

Palper abdominal : rein mobile.

Observation VIII

Citée par M^{me} DARCANNE-MOUROUX.

J. G..., 38 ans, ménagère.

Nourrie au sein, a toujours été assez chétive. Scarlatine à 8 ans sans albuminurie. Il existe quelques traces de rachitisme.

Réglée à 19 ans. Règles douloureuses avant l'établissement du flux menstruel ; émission de sang peu coloré, rosé, non rouge. Durée des règles : huit jours, mais perdait très peu.

Règles irrégulières, parfois toutes les six semaines, parfois tous les deux mois.

A 22 ans les règles devinrent moins douloureuses, un peu plus abondantes, mais restèrent irrégulières.

Mariée à 23 ans, les règles redevinrent très peu abondantes. Plusieurs fois la malade se crut enceinte. Elle fut une fois trois mois sans être réglée. Ses seins gonflèrent et devinrent un peu douloureux, mais les règles réapparurent.

A 32 ans les règles disparurent progressivement, puis cessèrent tout à fait. Elle éprouva quelques bouffées de chaleur, quelques douleurs erratiques, peu de troubles nerveux.

Actuellement elle a 38 ans ; c'est une femme malingre, mais d'une bonne santé.

Le bassin est étroit, l'utérus petit, surtout le col. Rien aux annexes.

Observation IX

Consultation de la Maternité du 10 janvier 1902.

C. P..., 28 ans, domestique.

Réglée à 18 ans. Règles irrégulières. durée de deux jours. Le 15 octobre 1901 dernière menstruation. Depuis, les seins sont un peu sensibles, elle vient consulter le 10 janvier 1902 se croyant enceinte.

A l'examen on trouve un col atrophié. L'utérus petit est légèrement rétroversé.

Aucune affection génitale.

Observation X

Citée par M^{me} DARGANNE-MOUROUX.

M^{me} X..., a été réglée à 17 ans passés. Elle s'est mariée à 20 ans. A 22 ans elle présente une suppression des règles et se croit enceinte. Elle était alors en villégiature. Elle rentre à Paris trois mois plus tard n'étant toujours pas réglée. Elle consulte un professeur d'accouchements qui affirme l'absence de grossesse.

Cette dame est soumise à un régime, fait des promenades hygiéniques, les règles ne reviennent pas ; une cure à Luxeuil n'est suivie d'aucun résultat.

Actuellement elle a 24 ans, très bon état général, pas d'affection locale.

Observation XI (inédite).

V..., 46 ans, balayeuse.

Réglée à 17 ans 1/2 régulièrement jusqu'à l'âge de 32 ans. Règles peu abondantes d'une durée d'un jour.

Vient à la consultation de gynécologie de l'hôpital Saint-Antoine le 26 mars 1910 pour constipation opiniâtre et pesanteur dans le ventre,

Mariée à 24 ans : a eu quatre grossesses avec enfants actuellement vivants.

Premier accouchement à 26 ans.

Deuxième accouchement à 27 ans 1/2.

Troisième accouchement à 30 ans.

Quatrième accouchement à 33 ans.

Les règles étaient normales entre les grossesses.

A partir de 33 ans, les règles cessent brusquement. Aménorrhée totale depuis treize ans.

A l'examen, utérus petit, atrophié, col pointu. La malade jouit d'une bonne santé générale.

Si nous faisons un tableau récapitulatif et schématique de ces observations, nous avons le tableau suivant :

Obs. I. — Femme de 35 ans, premières règles à 17 ans, mariée à 22 ans, pas d'enfants, ménopause à 33 ans.

Obs. II. — Femme de 22 ans, premières règles à 18 ans, mariée à 20 ans, 1 enfant, ménopause à 21 ans.

Obs. III. — Femme de 31 ans, premières règles à 18 ans, 5 grossesses, ménopause à 30 ans.

Obs. IV. — Femme de 27 ans, premières règles à 17 ans, 1 grossesse, ménopause à 27 ans.

Obs. V. — Femme de 51 ans, premières règles à 17 ans, mariée à 27 ans, 2 enfants, ménopause à 36 ans.

Obs. VI. — Femme de 72 ans, premières règles à 18 ans 1/2, vierge, ménopause à 31 ans.

Obs. VII. — Femme de 38 ans, premières règles à 18 ans, mariée à 20 ans, pas d'enfant, ménopause à 26 ans.

Obs. VIII. — Femme de 38 ans, premières règles à 19 ans, mariée à 23 ans, pas d'enfant, ménopause à 32 ans.

Obs. IX. — Femme de 28 ans, premières règles à 18 ans, pas d'enfant, ménopause à 27 ans.

Obs. X. — Femme de 24 ans, premières règles à 17 ans, mariée à 20 ans, pas d'enfant, ménopause à 22 ans.

Obs. XI. — Femme de 46 ans, premières règles à 17 ans 1/2, mariée à 24 ans, 4 enfants, ménopause à 33 ans.

DISCUSSION

Une chose nous frappe tout d'abord dans ce tableau. C'est la faible activité génitale de la plupart de ces femmes. La plupart sont stériles, et sauf deux exceptions, nous n'avons parmi les autres que des femmes ayant eu une ou deux grossesses. Ces femmes donnent donc nettement l'impression d'être des ralenties au point de vue génital.

Krieger et Kirsch disaient que les femmes réglées très tôt ou très tard sont sujettes à la ménopause précoce. Déjà d'après ces auteurs, la date seule d'apparition des règles aurait sur l'époque de leur cessation un retentissement direct. M. Rouvier, de Beyrouth, a montré que la chose était inexacte en ce qui concerne les femmes réglées tôt. Cette puberté précoce n'exercerait d'après ses recherches aucune influence sur la date d'apparition de la ménopause. Les Orientales sont en effet réglées de très bonne heure. Or les recherches de M. Rouvier qui ont porté sur des femmes de diverses races, à menstruation précoce, Druses, Maronites, Grec

ques, Musulmanes, Juives, Arméniennes et Bédouines, ont montré que, quel que soit à ce point de vue l'âge de la première menstruation, l'âge normal de la ménopause est chez elles de 45 ans. Nous rappellerons à ce propos que la moyenne des Espagnoles subit exactement la ménopause à 44 ans, soit vingt un mois plus tôt, et les Parisiennes à 46 ans 3 mois et 7 jours, soit six mois plus tard.

La date d'apparition des premières règles, lorsqu'elle est précoce, ne paraît donc pas avoir une influence directe sur l'âge d'apparition de la ménopause. En est-il de même lorsque cette date est tardive ? N'a-t-elle pas en ce cas sur l'époque de la cessation des règles une influence plus directe. Nous croyons devoir répondre par l'affirmative.

Sans entrer dans le détail des causes invoquées par les auteurs les plus autorisés pour expliquer cette apparition précoce de la ménopause : théorie de la superinvolution ou régression excessive de l'utérus à la suite d'accouchements répétés et rapprochés, de grossesses gémellaires ou de lactation prolongée ; théorie nerveuse par retentissement sur la fonction de l'appareil génital des troubles du système nerveux central, nous nous contenterons de faire remarquer ceci : l'insuffisance génitale notoire de la plupart des femmes dont nous avons précédemment cité l'observation.

Ici s'accuse donc encore la continuité du processus que nous avons pu suivre au cours de notre étude, chez les femmes tardivement réglées, depuis leur avènement à la vie génitale.

Nous avons vu chez ces femmes la première menstruation s'établir tardivement et comme à regret. Nous l'avons vu ensuite demeurer languissante, irrégulière souvent, douloureuse plus souvent encore. Mises à même d'être fécondées, nous avons vu ces femmes rester pour la plupart stériles. Fécondées, elles deviennent mères avec parcimonie, et chez elles l'uniparité est presque la règle, la multiparité l'exception. Durant toute leur vie génitale, ces femmes se comportent en somme comme des ralenties. Leur activité génitale est toujours faible et vacillante comme une flamme prête à s'éteindre.

Pourquoi, dès lors, la précocité de la ménopause ne serait-elle pas chez elles sous la dépendance directe de cette atonie génitale, de ce manque d'activité dû à un mauvais fonctionnement par suite d'un mauvais départ. Il nous apparaît qu'il en doit être ainsi.

Les cas de ménopause précoce dans des conditions normales qu'il nous a été donné d'observer sont pour la grande majorité survenus chez des femmes réglées tard. M^{me} Darcagne-Mouroux dans sa thèse sur l'étude de la ménopause précoce, avait noté ces cas de disparition prématurée des règles chez des femmes ayant eu une menstruation tardive. Elle en attribuait pour une part la cause à un développement insuffisant de l'appareil génital. A côté des autres théories invoquées par les auteurs pour expliquer cette cessation prématurée des règles, il nous semble bien en effet qu'il faille faire une large part dans l'apparition précoce de la ménopause à une insuffisance génitale en rapport avec le

retard apporté à l'établissement de la première menstruation, et nous avons, à défaut de preuves anatomiques, de nombreuses preuves cliniques de cette manière de voir.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Comment expliquer que certaines jeunes filles manquent ainsi leur développement. Quelle peut-être l'origine de la tare qui frappe ainsi ces femmes de déchéance tout au long de leur vie génitale ?

Il serait intéressant d'avoir sur ce point des données précises. Connaître les causes du mal pourrait faire espérer qu'on en trouverait le remède. Malheureusement, si le champ est ouvert à toutes les hypothèses, nous possédons actuellement sur cette question trop peu de documents pour nous permettre de la résoudre.

Une chose est acquise : la fréquence au point de vue anatomique chez les femmes réglées tard des utérus pubescents. Leur utérus reste fréquemment à l'état infantile, ou bien en demeure aux premières phases de l'évolution pubérale, petit et grêle avec un col long et étroit, état coïncidant avec des déviations fréquentes, de la brièveté vaginale, et comme un véritable arrêt de développement des voies génitales inférieures.

Parallèlement se rencontrent des altérations des ovaires, souvent aplatis, comme atrophiés, d'autre fois fibreux avec lésions d'ovarite scléreuse ou scléro-kys-

tique, altérations révélées cliniquement par de la dysménorrhée, de l'aménorrhée transitoire.

En somme ce sont des femmes à ovaires et utérus mal venus, mal développés, comme inachevés. Comment expliquer ces anomalies de développement ?

Elles doivent avoir des causes lointaines. Quelques-une d'entre elles remontent à l'enfance ou même à la vie intra-utérine. C'est que en réalité les transformations qui aboutissent à la crise pubérale ne sont pas l'effet de quelques semaines ou de quelques mois. Elles font essentiellement partie de l'évolution de l'être humain.

Au moment délicat de la formation des organes, alors que la future femme est encore tributaire du placenta maternel, des phénomènes peuvent déjà se produire qui engageront profondément l'avenir. A l'époque où l'appareil génital s'ébauche et se précise, la moindre faute de développement peut lui être fatale.

Une des premières lois avec lesquelles l'organisme doit compter est la loi d'hérédité. L'influence de la tuberculose, de la syphilis ou de l'alcoolisme des générateurs se retrouve sur la descendance avec une implacable précision. Or des travaux récents de physiologie comparée nous ont appris que, autant que tout autre, l'appareil génital était sensible à cette loi. C'est ainsi que dans son rapport à la IX^e conférence contre la tuberculose, à Bruxelles, en 1910, le professeur Landouzy cite parmi les lésions de l'hérédité tuberculeuse toutes les anomalies possibles de l'appareil génital. Il rapporte le cas de cobayes, fils de cobayes tuberculeux, nés avec

un appareil génital nettement insuffisant et congénitalement malformé. « Tous les organes, dit-il, peuvent être atteints : les lésions sont variables : congestion allant jusqu'à l'hémorragie, sclérose, dégénérescences cellulaires. » (p. 38.) Passant en revue chez l'enfant toutes les dystrophies que l'on peut rattacher à l'hérédotuberculose, il insiste avec Mosny (Mosny. La descendance des tuberculeux in *Revue de tuberculose*, août-novembre 1901) sur leur polymorphisme, disant qu'il n'est guère de fait de débilité native, d'infantilisme précoce ou tardif, de chlorose, d'insuffisance glandulaire qui n'ait été ou ne puisse être porté à l'actif de l'influence héréditaire de la tuberculose.

Lasègue, Castan et Quénu, invoquent de même l'hérédité tuberculeuse ou para-tuberculeuse pour expliquer certaines difficultés de l'évolution pubérale.

Ce qui est vrai pour la tuberculose l'est sans doute aussi pour l'alcoolisme et la syphilis des générateurs. Fournier signale du reste le retard des règles dans la syphilis héréditaire, les cas de syphilis acquise étant heureusement l'exception avant la puberté. Que de fois, si on les recherchait avec méthode, ces tares pourraient être incriminées dès l'origine.

D'autre part, les positions vicieuses de l'utérus, si elles apparaissent dans certains cas comme une déformation consécutive à une infection post-partum, à une métrite, ou à une tumeur utérine, apparaissent aussi fréquemment comme une malformation en rapport avec un vice de développement (Faure et Siredey, 1911, p. 290). Dans ce cas elles coïncident souvent avec un retard de

développement des organes génitaux internes. (Laurence, in *Journal des Praticiens*, 19 janvier 1910.)

Ces anomalies de position ne sont pas sans inconvénients dans la suite. Les travaux du professeur Bar sur la rétroversion de l'utérus gravide ont montré (in *Journal des Praticiens*, 5 mars 1910) que celle-ci s'exagérait avec facilité, soit au cours d'une métrite, soit surtout au cours de la grossesse par bascule au niveau de l'isthme ramolli et aminci du corps utérin déjà porté à s'incliner en arrière, l'augmentation de laxité des ligaments postérieurs favorisant encore cette déviation. Il s'ensuit des complications possibles au cours de la grossesse : avortement, incarceration de l'utérus, et nous savons en outre combien se rencontrent de ces utérus en position défectueuse chez des femmes dysménorrhéiques et stériles.

Dès la vie intra-utérine peuvent donc survenir déjà des anomalies qui auront sur la vie génitale un retentissement considérable. Arrivent les tares de la première enfance : elles déterminent certaines lésions pouvant influencer à leur tour sur le développement de l'appareil génital. On connaît la puberté tardive des fillettes rachitiques.

La plupart des maladies infectieuses survenant avant la puberté, oreillons, fièvre typhoïde, scarlatine grave, peuvent déterminer de même des altérations dans la sphère génitale, altérations qui restent longtemps latentes, et ne se révèlent que par un développement lent et incomplet des organes de la génération.

Dans la suite, au cours de la période de croissance,

le lymphatisme, la chlorose, l'anémie, le surmenage, qu'il s'agisse d'un surmenage intellectuel par des programmes scolaires trop chargés pour des cerveaux de femme, ou de surmenage physique dans de mauvaises conditions hygiéniques, tout cela entretient dans l'organisme un état de faiblesse peu favorable à l'évolution de la puberté.

Springer insiste sur l'influence néfaste d'une mauvaise hygiène.

D'autre part, Richelot, A. Siredey nous montrent les conséquences fâcheuses du neuro-arthritisme sur l'évolution de la puberté.

G. Sée et Mathieu signalent la perturbation qu'éprouve l'établissement des règles chez les jeunes filles atteintes de rétrécissement mitral pur.

Au professeur Gilbert nous devons l'étude de l'influence retardante des maladies du foie, et en particulier de la cirrhose hypersplénomégalyque.

Tous ces auteurs s'accordent à mettre en lumière le retentissement de la santé générale sur la fonction génitale à l'époque de la puberté.

C'est que l'ovaire joue quelque peu vis-à-vis de sa fonction le rôle du terrain à qui l'on confie la graine. Comme lui il n'est que le dépositaire de la semence, et comme lui il ne la fera fructifier que grâce à certaines circonstances favorables. Une femme naît avec sa provision toute faite d'ovules. Elle n'en sécrètera plus dans la suite, et le rôle de ses ovaires consistera simplement à amener ceux qu'elle apporte à maturité. Il est une curieuse expérience du physiologiste italien Foa (Foa,

Arch. ital. de Biologie, 1901) qui montre bien l'influence directe de l'organisme sur cette maturation des ovules. Foa a montré que si l'on greffe sur une lapine adulte préalablement castrée des ovaires de lapine très jeune, ceux-ci prennent en quelques semaines un développement qui aurait exigé plusieurs mois. Pourquoi ? c'est parce qu'ils ont trouvé dans un organisme adulte un terrain favorable. Or ces conditions peuvent manquer s'il existe quelque tare antérieure qui ne permette pas à l'économie de favoriser les fonctions ovariennes. (Faure et Siredey, 1911.) Ainsi peuvent agir toutes les maladies qui troublent ou retardent la nutrition. Les troubles de la santé générale ont de la sorte un retentissement direct sur la fonction des ovaires. L'organisme se développe mal, et l'appareil génital souffre comme le reste de l'économie de ces anomalies de développement.

Enfin, il est une importante question actuellement partout à l'étude : la question des altérations des glandes vasculaires sanguines. Ces glandes ont sur la nutrition générale une influence aujourd'hui incontestée ; leur retentissement est considérable sur toutes les fonctions de l'économie, et la fonction génitale comme les autres se ressent du moindre trouble survenu dans leur fonctionnement.

En ce qui concerne en particulier le corps thyroïde, les travaux du professeur Armand Gautier sur l'arsenic et l'iode qu'il contient, font valoir encore l'importance de cette glande au cours de l'évolution pubérale, importance que les anciens soupçonnaient quand ils no-

taient l'augmentation du cou chez la jeune fille « touchée par Vénus ».

Depuis les travaux de Brown-Séquard et de d'Arsonval, l'attention a été surtout appelée sur les symptômes de dystrophie ovarienne et les troubles de sa sécrétion interne. Mais toutes les glandes vasculaires sanguines jouent ici leur rôle.

Il existe entre l'ovaire, le thymus, l'hypophyse et le corps thyroïde, une véritable synergie en vue du développement normal de l'individu. (Charrin et Jardy. *Synergie thyro-ovarienne*. Th., Paris, 1907.) Toutes ces glandes sont en quelque sorte solidaires, et les lésions de l'une d'entre elles deviennent facilement le point de départ de dystrophies importantes et d'altérations directes des divers organes, de phénomène, de sclérose, d'aplasie, etc... Les ovaires conservent l'état infantile. Les follicules de Graaf n'arrivent pas à maturité. Le tissu fibreux tend à envahir de plus en plus la trame de l'organe. C'est l'ovarite scléreuse ou scléro-kystique, l'ovulation difficile, la stérilité fatale.

Jayle insiste sur ces dysménorrhées par insuffisance ovarienne (in *Revue de gynécologie*, 1901, n° 6). Il fait à ce propos les judicieuses remarques suivantes : « Certaines femmes ont été réglées tard, vers 16, 17, 18 ans. Leur menstruation est toujours difficile et irrégulière. On peut en conclure que leurs ovaires ont été d'emblée en état d'insuffisance. Ce sont des dégénérées. Leurs ovaires insuffisants comme sécrétion interne le sont aussi la plupart du temps comme sécrétion externe. Ces femmes sont infécondes ou peu fécondes, la nature

parant d'elle-même à la dégénérescence de la race. »

Nous connaissons de même l'aménorrhée des mixœdémateuses. Brissaud dans ses *Leçons sur les maladies nerveuses* (2^e série) décrit un véritable infantilisme mixœdémateux.

Cette aménorrhée est fréquemment aussi la conséquence de l'hypothyroïdie même dans ses formes atténuées. Hertoghe, d'Anvers, signale les rapports de l'insuffisance thyroïdienne avec le retard sexuel. C'est ainsi qu'on la rencontre chez de belles jeunes filles paraissant complètement développées, mais dont les extrémités froides, violacées, la tendance à l'obésité, aux migraines, assurent un certain degré d'insuffisance thyroïdienne. (Faure et A. Siredey, 1911.)

Launois et Roy (Société de neurologie, 1902), Sacchi, Sylva, Dalché, rapportent aussi des cas d'infantilisme associés à des lésions glandulaires.

Telles sont, en définitive, les principales des raisons que l'on peut invoquer pour expliquer le faible développement génital de certaines femmes. Toutes ces causes peuvent se retrouver à l'origine des pubertés tardives. Toutes, plus ou moins, peuvent concourir à l'établissement de ce véritable rachitisme ovarien dont nous avons pu suivre tout au long de notre étude les déplorables effets, tant au point de vue individuel qu'au point de vue de la reproduction de l'espèce.

PRONOSTIC

Indépendamment du pronostic attaché aux causes mêmes énumérées à l'article précédent, nous avons pu nous rendre compte au cours de cette étude qu'il y avait des degrés chez les femmes réglées tard depuis, celles conformées normalement jusqu'aux femmes dont la vie génitale est totalement manquée dès l'origine.

Sans vouloir tirer de nos résultats statistiques des conclusions absolues, nous remarquerons cependant que la puberté tardive comporte dans l'ensemble un fâcheux pronostic. Ces femmes auront plus que les autres une vie génitale difficile.

Les moins favorisées d'entre elles seront celles dont la menstruation est à la fois tardive et irrégulière.

A celles-là on peut prédire presque à coup sûr les époques douloureuses des dysménorrhéiques, l'infécondité relative, sinon la stérilité absolue. En tant que femmes, elles seront dans une situation désavantageuse, véritables non-valeurs au point de vue génital. Et comme, en dépit des efforts les plus louables de la pensée, la femme est périodiquement ramenée aux contingences

qui sont la rançon du noble rôle que lui confia la nature une telle situation finit par avoir sur son esprit et même sur sa santé générale un retentissement fâcheux. Que de neurasthénies et de névroses féminines ont pour toute origine un mauvais fonctionnement génital.

Réglée au contraire d'une façon régulière quoique tardive, la femme semble dans une situation moins défavorable. Moins gênée dans sa fonction menstruelle, son aptitude à la maternité sera elle-même plus grande. Il ne semble pas que, en ce qui la concerne, selon le mot judicieux de Jayle, la nature ait voulu parer d'elle-même à la dégénérescence de la race.

Quoi qu'il en soit, en tant que femme, en tant que mère, la femme réglée tard se trouve véritablement frappée de déchéance. Son activité génitale est le plus souvent amoindrie. Venue tardivement à la puberté, elle supporte toute sa vie les conséquences de cette malfaçon originelle. Plus que toute autre, elle est l'esclave de l'impureté biblique, et demeure « l'enfant malade » qui a droit toute sa vie à l'indulgente sollicitude du médecin.

CONCLUSIONS

1° La menstruation tardive témoigne habituellement d'un faible développement génital.

2° La fonction menstruelle tardivement établie demeure fréquemment dans la suite irrégulière et douloureuse.

Ces caractères d'irrégularité et de douleur sont proportionnels au retard apporté à l'établissement des premières règles. Mais au lieu que chez les femmes à menstruation régulière la proportion des règles douloureuses ne devient surtout considérable qu'à partir de l'âge de 19 ans, chez les femmes à menstruation irrégulière cette proportion est d'emblée très forte, dès l'âge de 17 ans, et elle suit à partir de cet âge une progression constante.

3° Les femmes tardivement menstruées sont peu fécondes.

On trouve chez celles réglées à 19 ans la plus forte proportion de stériles. Quant à celles qui sont fécondées, le nombre des grossesses est chez elles d'autant moins élevé que la première menstruation a été elle-même plus tardive.

De plus, les femmes tardivement menstruées sont en général tardivement fécondées, et le retard apporté à la première fécondation est, lui aussi, proportionnel au retard apporté à l'établissement des premières règles.

4° Les femmes tardivement menstruées sont sujettes à une ménopause plus ou moins précoce ; cette cessation prématurée des règles paraît être chez elles une conséquence de leur faible développement génital.

Vu : le Président de la thèse

PAUL BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Annales de gynécologie, 1887.

BAR. P. — La rétroversion de l'utérus gravide, in *Journal des Praticiens*, 5 mars 1910.

BASSET. — Étude de la puberté chez la femme. Montpellier, 1867.

BENOIST A. — Considérations sur la puberté chez la femme, l'aménorrhée et la ménorragie. Paris, 1825.

BRANCA ET POTOCKI. — L'œuf humain. Paris, 1905.

BRIERRE DE BOISMONT. — De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques.

BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses (2^e série).

CAMPBELL J. — On the age at which menstruation begins in Siam. *Edimb.*, 1862, 233-236.

CHAPOTIN A. — Menstruation tardive et fécondité. Thèse, Paris, 1905.

CHARRIN ET JARDY. — Synergie thyro-ovarienne. Thèse, Paris, 1907.

CHRISTOPHER W.-S. — The nature and management of puberty. *Ann. gyn. and obst. J. New-York*, 1898, XIII, 1, 9.

DALCHÉ. — La puberté chez la femme. Paris, 1906.

DARCANNE-MOUROUX (M^{me}). — De la ménopause précoce. Thèse, Paris, 1904.

DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article Menstruation.

D'ESPINE Marc. — Recherches sur quelques causes qui hâtent ou retardent la puberté. Arch. gén. de médecine, Paris, 1835, I, II, 5, 303.

DOLÉRIS. — La pratique gynécologique.

ENGELMANN. — Analyse de 12.000 cas de première menstruation, in Annales de gyn. et d'obs. Paris, 1911, t. 55, p. 30.

FACHATTE. — La puberté et les premiers troubles menstruels. Paris, 1898.

FAURE ET A. SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, Paris, 1911.

FOA. — Arch. ital. de biologie, 1901.

FOURNET. — Sur l'âge de l'adolescence considérée dans les deux sexes, Paris, 1804.

FRANCILLON (Mlle). — Étude de la puberté chez la femme. Th., Paris, 1906.

GAGNARD L. — De la menstruation en physiologie et dans ses rapports avec la puberté et quelques maladies de cet âge. Paris, 1898.

GALBRAITH (Miss). — American gynecological and obstetrical Journal, oct. 1899.

GAVAUDEAU. — Sur le défaut de menstruation à l'époque de la puberté. Th., Paris, 1807.

HARTMANN. — Sur un cas de ménopause précoce, in Bulletin, soc. obst. gyn. et pédiatrie de Paris. Séance du 11 janv. 1904.

JACCOUD. — Dictionnaire de médecine. Articles Puberté, Ménopause.

JAYLE. — In Revue de gynécologie, 1901, n° 6.

LABADIE-LAGRAVE ET LEGUEU. — Traité de gynécologie. Paris, 1901.

LABORDE. — Quelques considérations sur la puberté chez la femme et sur la ménopause. Th., Paris, 1860.

LANDOUZY. — Rapport à la IX^e conférence contre la tuberculose, Bruxelles, 1910.

LAUNOIS ET ROY. — In Société de neurologie, 1902.

LAURENCE — La dysménorrhée, in Journal des praticiens, 15 janv. 1910.

- LAVALLEY J. — Considérations générales sur les phénomènes de la puberté et sur le retard de l'apparition des règles. Paris, 1803.
- LAWSON TAIT. — Maladie des ovaires, 1886.
- LEGUEU ET LABADIE-LAGRAVE. — Traité de gynécologie, Paris, 1901.
- LE LORRIER V. — Contribution à l'étude de l'aménorrhée primitive. Th., Paris, 1904.
- LITTRÉ. — Dictionnaire de médecine. Article Puberté.
- MARRO A. — La puberté chez l'homme et chez la femme. Traduit de la 2^e édit. italienne par le Dr J.-P. Médici, 1900.
- MARTINEAU. — Affections des organes génitaux de la femme.
- MISTRAL A. — Essai clinique sur les troubles de la menstruation, Th., Paris, 1881.
- MOSNY. — La descendance des tuberculeux, in Revue de tuberculose, août-nov. 1901.
- PINARD A. — Article Gestation, in Dictionnaire de physiologie. Paris, 1905.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- POTOCKI ET BRANCA. — L'œuf humain. Paris, 1905.
- RACIBORSKI. — De l'époque de la puberté chez la femme en général, et dans ses rapports avec la latitude géographique, le climat, les races et les différentes conditions individuelles. Expér. Paris, 65, 81, 100, 118, 131.
- Traité de la menstruation. Paris, 1868.
- Puberté et âge critique. Th., Paris, 1844.
- REILHAC M. — De la régularisation de la menstruation par le mariage et la grossesse. Th., Paris, 1899.
- REMFRY L. — The effects of lactation ou menstruation and impregnation. Obst. Soc. London, 1896, t. 38, p. 22.
- ROBIN ET DALCHÉ. — Traitement médical des maladies des femmes. Paris, 1900.
- ROULLAND. — Th., Paris, 1906.
- ROUVIER. — La ménopause chez les Orientales, in Darcanne-Mouroux. Th., Paris, 1904.
- ROY ET LAUNOIS. — In Société de neurologie, 1902.
- SILVA B. — Contribution à l'étude de la physiopathologie de

- menstruation. Arch. ital. de Biologie, Turin, 1896,
t. 25, p. 435.
- SINÉTY DE. — Traité de gynécologie, Paris, 1884.
- SIREDEY A. ET FAURE. — Traité de gynécologie médico-chirur-
gicale. Paris, 1911.
- SIREDEY A. — Observation de ménopause précoce. Bull. Soc.
obst. gén. et péd. Paris, séance du 14 nov. 1903.
- SIREDEY A. — Hygiène des maladies de la femme. Paris, 1906.
- TILT. — The change of life in health. and disease. London, 1870.
- WALTER (Miss). — American Journal of obstrics, XLV, 1902.



